

PRESTACIONES DEL SERVICIO DE SALUD PMI 2000		COBERTURA
Consultas	Consultorio y domicilio ( <i>por persona, por mes</i> )	1° y 2° consulta: 100% A partir de la 3° consulta: CC*
Prestaciones bioquímicas	Determinaciones bioquímicas generales	100% CC*
	Determinaciones bioquímicas especiales	CC**
Prácticas de diagnóstico y tratamiento	Procedimientos de baja complejidad (Ej: Radiología simple)	100% CC* (A partir del 2° consumo/año)
	Procedimientos de mediana complejidad (Ej: Ecografías)	100% CC* (A partir del 2° consumo/año)
	Procedimientos de alta complejidad (Ej: Tomografías, Resonancias, Endoscopías, Medicina Nuclear)	100% CC* (A partir del 2° consumo/año)
	Incluidas según innovación tecnológica	100% CC**
Rehabilitación médica	Sesiones de kinesioterapia, fisioterapia y magnetoterapia <sup>1</sup>	De 1 a 30 sesiones: 100% A partir de la sesión 31: CC*** (valor total de la prestación a descontarse en su Cuenta Corriente).
	Sesiones de terapia ocupacional <sup>2</sup>	De 1 a 30 sesiones: 100% A partir de la sesión 31: CC*** (valor total de la prestación a descontarse en su Cuenta Corriente).
	Sesiones de fonoaudiología <sup>2</sup>	
Salud mental	Sesiones de psicología <sup>3</sup>	De 1 a 30 sesiones: 100% A partir de la sesión 31: CC*** (valor total de la prestación a descontarse en su Cuenta Corriente).
	Sesiones de psiquiatría <sup>3</sup>	
	Sesiones de psicopedagogía <sup>3</sup>	
	Psicodiagnóstico ( <i>uno por año, por persona</i> ).	100%
Nutrición	Anamnesis ( <i>uno por año, por persona</i> ).	100%
	Entrega de plan ( <i>uno por año, por persona</i> ).	100%
	Controles ( <i>hasta 10 consultas por año, por persona</i> <sup>4</sup> ).	De 1 a 10 sesiones: 100% A partir de la sesión 11: CC***
DIU Convencional	Dispositivo intrauterino.	100% ( <i>por reintegro</i> ).
DIU Mirena/Blusiri	Dispositivo intrauterino <sup>5</sup> .	100% ( <i>con provisión de Farmacia Mutual</i> ).

PRESTACIONES DEL SERVICIO DE SALUD PMI 2000		COBERTURA
Dispositivo Subdérmico (Ej.: Implanom)	Dispositivo Subdérmico.	100% (con provisión de Farmacia Mutua).
Flebología	Tratamiento esclerosante (hasta 8 sesiones por única vez).	Según valores Jerárquicos Salud <sup>6</sup> (por reintegro).
Internaciones	Internación clínica en habitación compartida con baño privado.	100%
	Cama para acompañante en menores de 15 años.	100%
	Habitación privada. (Aplica para internaciones clínicas y quirúrgicas).	100% con prestadores convenidos o por reintegro (según valores Jerárquicos Salud).
	Internaciones psiquiátricas (hasta 30 días por año calendario).	100%
Intervenciones quirúrgicas	Convencionales.	100%
	Incluidas en innovación tecnológica.	CC**
Intervenciones oftalmológicas	Cirugías refractivas.	Según valores Jerárquicos Salud <sup>6</sup> .
Prótesis <sup>7</sup>	Prótesis e implantes internos nacionales permanentes.	100%
Ortopedia	Órtesis / Prótesis externas.	Según Nomenclador de ortopedia de Jerárquicos Salud.
	Productos de ortopedia y órtesis.	Según Nomenclador de ortopedia de Jerárquicos Salud.
Farmacia <sup>8</sup>	Medicamentos ambulatorios.	60%
	Medicamentos en Internación.	100%
	Medicamentos inherentes a la patología de Programas especiales.	100%
	Vacunas fuera del Calendario Nacional	60%
Odontología	Prestaciones generales	100%
	Ortodoncia, ortopedia o corrección de mal posiciones	CC** Con prestadores convenidos <sup>9</sup> o por reintegro según valores Jerárquicos Salud.
	Prótesis odontológicas	50%
	Implantes (hasta 3 implantes por año calendario, 1 por pieza dentaria y por única vez)	Según valores Jerárquicos Salud <sup>6</sup> .
Óptica	Lentes aéreos blancos comunes con armazón incluido, orgánicos comunes, bifocales, multifocales con armazón incluido y lentes de contacto.	Según valores Jerárquicos Salud <sup>6</sup> en un par de lentes o lentes de contacto por año calendario <sup>10</sup> .

PRESTACIONES DEL SERVICIO DE SALUD PMI 2000		COBERTURA
<b>Programas especiales<sup>11</sup></b>	Programa Materno infantil ( <i>Plan de cobertura Madre, Plan cobertura Niño hasta 1 año</i> ), Discapacidad, Oncología, VIH/ Sida, Hemofilia, Trasplante, Tratamientos de Fertilización asistida, Diabetes, otros.	100 % de cobertura inherente a cada patología del Programa especial.
<b>Estética<sup>12</sup></b>	Nivel I: 1 por año calendario. ( <i>Blanqueamiento dental. Prestaciones quirúrgicas mínimas realizadas por especialista en Cirugía Plástica</i> ).	Según valores Jerárquicos Salud <sup>6</sup> (por reintegro).
	Nivel II: 1 cada 2 años calendario. ( <i>Peeling. Botox. Depilación definitiva. Radiofrecuencia. Tratamiento Capilar. Ondas rusas, entre otros</i> ).	Según valores Jerárquicos Salud <sup>6</sup> (por reintegro).
	Nivel III: 1 cada 3 años calendario. ( <i>Prótesis mamarias, Dermolipectomía. Lipoaspiración. Rinoplastia, entre otros</i> )	Según valores Jerárquicos Salud <sup>6</sup> (por reintegro).
<b>Accidentes</b>	En caso de requerir internación, la cobertura será la correspondiente a dicho Item. El socio deberá presentar a nuestra administración la denuncia Policial y demás documentación requerida. En caso de ser responsable de un tercero, la Asociación Mutual quedará subrogada en sus derechos por el concepto y hasta el monto efectivamente abonado.	

## FORMAS DE UTILIZAR EL SERVICIO

### Credencial de socio

Como socio de Jerárquicos Salud, contarás con una credencial física y virtual (en la app *Jerárquicos Móvil*). La credencial es tu identificación personal e intransferible para acceder al servicio de salud, farmacias, servicios mutuales y realizar compras, junto a tu DNI.

### Prácticas que No requieren autorización

Muchas de las prácticas médicas, bioquímicas y odontológicas no requieren autorización previa. Consultá el listado en Mi JS o Jerárquicos Móvil.

### Prácticas que requieren autorización

Para autorizar una práctica, es necesario que envíes la orden médica a través de alguno de estos medios:

- App Jerárquicos Móvil.
- Sitio exclusivo para socios MI JS.
- autorizaciones@jerarquicos.com
- Fax: 0800 555 1040 (opción 4)
- Personalmente en nuestra Sede Central o en cualquiera de las delegaciones.

Para enviar a autorizar, tené en cuenta que:

- Las órdenes de prestaciones vencen a los 30 días desde su fecha de prescripción.
- Las recetas de medicamentos vencen a los 15 días desde su fecha de prescripción.

### Beneficios adicionales

- > Servicio de prótesis odontológicas (opcional): cobertura del 100% en prótesis odontológicas con adhesión a este servicio.
- > Servicio de Prótesis internas importadas: brinda cobertura del 80%. Pasados los 24 meses de permanencia a este servicio la cobertura se eleva del 100%. Los valores de reconocimiento son los definidos por Jerárquicos de acuerdo a evaluación de presupuestos. Se reconocerá hasta una prótesis por año calendario por cada integrante del grupo familiar.
- > Servicio de reintegros:
  - En prestaciones que sólo presentan cobertura bajo modalidad de reintegro según plan de salud.
  - En situaciones de corte de convenios.
  - En zonas o localidades sin prestadores convenidos.
 Los reintegros se abonan a valor de los convenios de referencia de la zona de prestación o a valores Jerárquicos.
- > **A tener en cuenta:** No se realizan reintegros por prácticas quirúrgicas y demás gastos que deriven de éstas, realizadas por prestadores que no estén en los padrones de nuestros convenios. Prestaciones y/o medicamentos que se adquieran en el exterior del país. Prácticas rechazadas por Auditoría Médica. Compras en nuestras Farmacias Mutuales sin receta ni autorización previa.
- > Interconsulta con la Universidad de Harvard: acceso a una consulta médica a nivel internacional de patologías y/o diagnósticos que revisten complejidad. Se debe presentar solicitud completa incluyendo Historia Clínica, informe de estudios, tratamiento actual, medicamentos indicados, entre otros (en original).
- > Servicio de Sepelio.
- > Continuidad en la cobertura en caso de cesantía, jubilación o fallecimiento del titular.

## INFORMACIÓN PARA COMPLETAR

Una vez completo y firmado, entregar en nuestra Sede central o delegaciones o enviar a nuestra Administración por correo postal, fax o correo electrónico.

Quien suscribe . . . . . autoriza la recolección, tratamiento y/o cesión de mis datos personales en lo que refiere estrictamente al cumplimiento del presente contrato, recibiendo en este acto copia del mismo, y quedando notificado que en caso de darme de baja los mismos serán destruidos en el término de 12 meses. El/La que suscribe se notifica y da su conformidad al servicio de salud contratado.

FECHA

FIRMA

DNI

### NOTAS

- 1 Total de sesiones por año calendario, aplicable al conjunto de prestaciones kinesiológicas.
- 2 Total de sesiones por año calendario.
- 3 Total de sesiones por año calendario, aplicable al conjunto de prestaciones de Salud Mental.
- 4 Superadas las 10 consultas de control nutricional por año calendario, se generará un Coseguro del total, a descontarse en su cuenta corriente.
- 5 Con previa autorización y provisión por Jerárquicos Salud.
- 6 Consultar cobertura de Prestaciones con Monto fijo.
- 7 No se reconocen las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas. El monto a reconocer será autorizado por Jerárquicos Salud previa evaluación de presupuestos, ajustados a las características solicitadas y reconocidas.
- 8 Descuento adicional en compra de medicamentos en farmacia Mutual Jerárquicos Salud.
- 9 Consultar listado de Prestadores en el sitio MI JS o la app Jerárquicos Móvil.
- 10 En los casos en los que se registren más de un consumo en el mismo año calendario, se generará un Coseguro del total a descontarse en su cuenta corriente más un importe adicional en concepto de Gasto administrativo.
- 11 Consultar Modalidad de acceso en Manual del Socio, Sitio Mi JS o App Jerárquicos Móvil.
- 12 Debiendo cumplimentar 12 meses de permanencia en el Plan de Salud.

### ACLARACIONES

CC\* Con coseguro

VER VALORES

CC\*\* Con coseguro de Plan del 5% según valores de referencia definido por Jerárquicos Salud.

CC\*\*\* Con Coseguro del valor total de la prestación a descontarse de tu Cuenta Corriente).